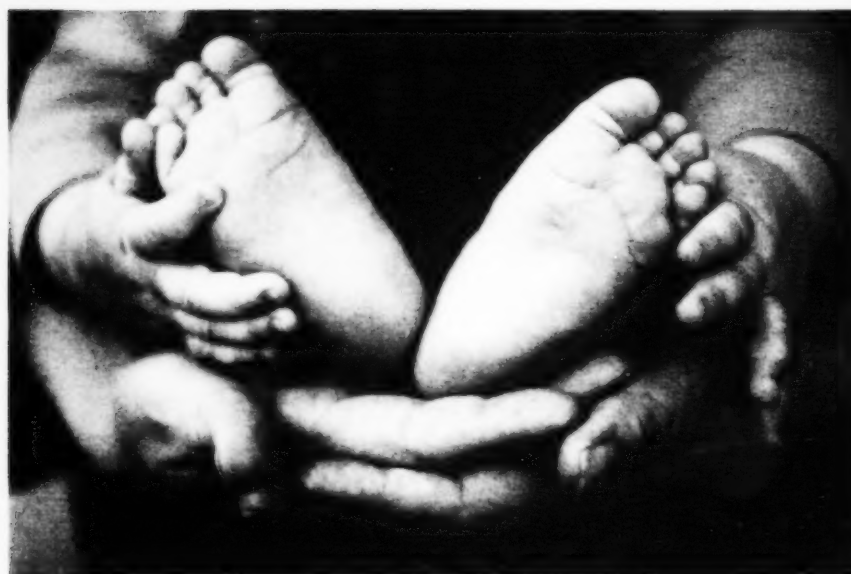


Final Report of the Maternal Newborn Steering Committee

Hamilton Niagara Haldimand Brant
Local Health Integration Network

September 2007



INTRODUCTION	1
STEERING COMMITTEE RECOMMENDATIONS.....	3
CURRENT STATE	5
THE PREFERRED FUTURE	8
CONCLUSION	9

End Notes

Appendices:

Final Report Appendices of the Maternal Newborn Steering Committee

A. Committee Terms of Reference

B. Committee Membership

C. Methodology

D. Literature Review

E. Review of Current State

F. Designated Under-serviced Areas and Vacancies

G. Summary of Key Informant Interviews

H. Legacy Boundaries and Regional Perspective

I. Secondary Reviewers

Endnotes

ISBN 978-1-4249-5446-9

INTRODUCTION

A key feature of the Ontario health system is the recent introduction of 14 Local Health Integration Networks (LHINs) that plan, co-ordinate and fund health services in their area¹. The Hamilton Niagara Haldimand Brant (HNHB) LHIN includes the areas of Burlington, Brant, Haldimand, Hamilton, Niagara and most of Norfolk in southern Ontario. The health services/organizations that fall within its mandate include community support services, mental health and addiction services, the community care access centres, community health centres, long- term care homes, and hospitals.

In December 2006, the HNHB LHIN released its first integrated health service plan (IHSP). The plan identified maternal newborn services as one of three emerging priorities². A changing demographic, variable population growth, changing maternal newborn care practices, an aging health work force, provider recruitment and retention challenges and scarcity of health professionals³ led concerns among providers about the implications for the future of a sustainable quality maternity care system.

To gain an understanding of maternal and newborn care within the HNHB LHIN, the LHIN staff met with providers from across the continuum of maternity care to identify specific issues impacting the current state. The outcomes oriented the LHIN to unique issues facing maternity care services provided in the LHIN.

To identify the most effective way to organize maternal and newborn services, the LHIN invited Dr. Karyn Kaufman, then Assistant Dean in the Faculty of Health Sciences and Director of the Midwifery Program, McMaster University, to Chair a Maternal Newborn Steering Committee. The steering committee membership was confirmed in February 2007 (Refer to Appendix A, B & C for details on committee membership, the terms of reference and methodology). The committee's initial mandate was to determine the appropriate supply, mix and distribution of maternity services and advise the LHIN on maternity strategies and transition plans.

To inform their deliberations the Steering Committee reviewed information from multiple sources that included, published literature on maternity care strategies, population and administrative data and key informant interviews (refer to Appendix G for details).

The committee found that overall maternity and newborn outcomes were similar to provincial averages, such as in the average age of mothers, surgical and medical inductions and readmission rates. The committee also noted that the LHIN shared with many other jurisdictions similar health human resource pressures due to an aging workforce. The impact is evident in communities where physician retirement may mean women will have to travel to other nearby towns to give birth.

The challenge for the HNHB LHIN lies in the projected population growth of women of child bearing age over the next 10 years and a resultant increased demand for maternity services close to home in a system already experiencing a decline of available maternity health professionals. Combined, these factors have the potential to impact the health outcomes of pregnant women, newborns and their families.

This is further compounded by findings about some health determinants in the HNHB LHIN:

- 16.1% of families live below the poverty line;
- 20% of families are headed by lone female parents (higher rates reported in Welland, Niagara Falls and Fort Erie);
- Indicators of at-risk health status (asthma, hypertension, diabetes, daily smoking, exposure to second hand smoke, binge drinking and obesity) are above the provincial averages for women between the ages of 12 and 44 years in the HNHB LHIN.
- The diversity of the HNHB LHINs female population, comprised of aboriginal, allophone, francophone, immigrant, urban and rural women, poses challenges for service access and delivery. Effective services need to consider linguistic barriers, location, income, family support networks because they can affect outcomes.
- A significant proportion of LHIN communities are under-served by physicians which can decrease access to prenatal and follow-up newborn care.

The committee was challenged by the lack of reliable data to assess and evaluate maternity care across the continuum of care. The committee found that there was a lack of coordination across the LHIN for planning and delivering maternity services. However, the committee identified a number of opportunities within the current system that if implemented would allow the LHIN to maintain and improve quality of maternity services and health outcomes for women and newborns. The committee concluded that a core group of issues should be addressed in a coordinated manner prior to determining the optimal mix, distribution and supply of maternity services.

The committee's recommendations propose key steps to be undertaken to support the development of a coordinated strategy for appropriate, equitable and sustainable maternal newborn care.

The committee affirmed the continuing efforts of the maternity care experts who are defining new structures and work plans for the historical Central West Region in order to advance the quality of care and system coordination. The Steering Committee recommendations are not intended to duplicate or conflict with ongoing or planned work by this group, but rather to foster collaborative efforts that will benefit and bring focus to the HNHB LHIN. (Refer to Appendix H regarding for an overview of these efforts).

For this project, the HNHB LHIN defined the scope of the Maternal and Newborn continuum from confirmation of pregnancy through to six weeks post-partum (both for mother and baby).

STEERING COMMITTEE RECOMMENDATIONS

The Steering Committee's recommendations focused on three areas: organization of services in respect to models of care and patient flow, decision support (data management) and health human resources. The recommendations are strategically directed to three specific leadership groups. The committee anticipates that these leadership groups will collaborate as needed with related stakeholders for health improvement solutions.

Recommendations for Local Leadership

- That the LHIN convene an Expert Panel to oversee the implementation of the Steering Committee recommendations. The Panel's work must be completed within 12 months.

The Panel will:

- Recommend the appropriate mix of services and health professionals required for quality prenatal and postpartum services in each LHIN community.
- Confirm local designation criteria for level I and II newborn care units within the HNHB LHIN and the associated resource requirements (human, capital and operational) to sustain the service now and into the future.
- Assess the appropriateness of current sites that provide level I and II services and proposals for changes to those sites balancing the need to sustain access and the need to provide essential expertise on a 24 hour basis. This assessment must extend to a review of tertiary obstetrical and neonatal components and be completed in collaboration with existing perinatal partnerships and adjacent LHINs, given the role of the tertiary centre.
- Identify the barriers to collaborative practice models, including funding, policy and practice preferences.
- Recommend the appropriate array of maternal and newborn health indicators to be compiled for the purpose of monitoring health outcomes and health system improvement.
- Engage public participation in ongoing planning of maternity services

Recommendations for LHIN Leadership

- That the LHIN work with HNHB LHIN hospitals to improve the efficiency of patient transfers between sites. Maternal-newborn hospital services will be required to update the CritiCall perinatal screen at 0800, and 2000. (In the case of a major event updating will be more frequent, on an as needed basis.)
- That all hospitals providing maternity services report maternity data in a standardized format using the NIDAY perinatal database.
- That midwifery practices report maternity data in a standardized format using the NIDAY database.

Recommendations for Health Service Provider Leadership

That CEO's of hospitals providing maternity services facilitate the following:

- Direct that standardized transfer forms be developed to facilitate patient flow among hospitals in the HNHB LHIN. This should be accomplished within 3 to 4 months.
- Development of a common credentialing policy for midwives that maximizes the contribution of midwives within their scope of practice in all HNHB hospitals and a plan to evaluate its success.
- Professional development of maternal and newborn health human resources with a focus on existing staff to increase their knowledge base or to transition workers into maternity care.
- Foster the ability of staff to participate in mentoring students and to receive recognition for such work.

CURRENT STATE

The committee's recommendations are supported by their findings of the current state, which are highlighted below. For a complete review of the findings, refer to the Appendix Report. For the purposes of this planning initiative, women of childbearing years were defined to be between the ages of 15 and 44 years.

Women and Newborns

Committee Findings:

- In 2006 the total female population of the LHIN was 698,280. Women of childbearing age represented 40% of this total.
- 50% of urban Aboriginal women are of child bearing age.
- The average age of women giving birth in the HNHB LHIN is 28 years. The number of births has remained relatively constant between 13,000 and 13,500 in the HNHB LHIN since 1999.
- Population projections estimate the number of women between the ages of 15 to 44 years will increase by 6,800 over the next 10 years, with the greatest growth being in the 25 to 35 age range.
- 5% of births in the HNHB LHIN are attributable to women residing in neighbouring LHINs.
- Social determinants of health and gender vulnerabilities impose additional barriers for accessing timely prenatal care.
- Across the LHIN the availability of prenatal and postnatal services varies. While the precise impact of this variability on maternal and infant health outcomes is unknown, studies of maternity care show beneficial effects from adequate access and supportive care.^{iv} There is good reason to improve existing services.
- Teenage pregnancy has decreased by 1% in the LHIN since 1996; however, public health data show Niagara region has had an increase in teen pregnancies.
- Surgical and medical intervention rates during childbirth are rising similar to provincial averages.
- The rate of preterm births in the HNHB LHIN (10.2%) is higher than the provincial average (8.1%) and has implications for the level of care required by women and their newborns. The higher rate may be related to the number of multiple births referred for care to the regional tertiary centre.

Providers

Committee Findings:

- Reliable data were not available regarding the uptake of prenatal care and its connection to health outcomes.
- There are 16 communities designated by the MOHLTC as under-serviced areas for family physicians, limiting available prenatal and post partum care for women and babies.
- The number of family physicians in the LHIN providing full obstetrical care is declining, which affects the workload of obstetricians and their availability for consultation with primary care providers.
- Smaller hospitals report challenges recruiting family physicians to provide birthing services.
- The average age of health professionals in the LHIN is as follows: obstetricians in the HNHB LHIN is 49.4 years (females 45.6, males 53.3 years), family physicians 47.4 years (female 45.7, male 55.1), and nurses (45.6 years).
- In 2005/06, 98% of all LHIN births occurred in HNHB hospitals (13, 346)
- 82% of births occurring in the HNHB LHIN were attended by obstetricians, 12% by family physicians and 4.8% by midwives.
- Obstetricians attended the majority (75%) of normal vaginal births in LHIN hospitals, with the exception at West Lincoln Memorial where the majority are attended by family physicians.
- The scope of practice for midwives is restricted by some hospitals in the LHIN which influences the choices women have about their care and the role and contributions of midwives.
- Collaborative models are interesting to providers but implementing new models is challenging given present funding arrangements and concerns about shared liability.

Institutions and Organization of Services

Committee Findings

- There is inconsistent access to primary maternity health care and specialized services across the LHIN.
- The designation of service capability is not formally made by the MOHLTC and this creates challenges across the system in knowing the level of specialty services available in specific settings.
- Maternity services are provided at ten hospital sites across the LHIN. Of these hospitals, five hospitals self-designate as level 1 care, four as level II care and one is the regional tertiary centre (level III). (Note: Continuation of maternity birthing services at Haldimand War Memorial Hospital is contingent on their ability to recruit a physician with the required expertise).
- In 2005/06 the number of births reported by hospitals varied from 72 to 3,482 annually.
- The committee noted that there is an increasing trend in the literature towards collaborative models to support low volume centres and providers. OMCEP reported that evidence from recent literature demonstrated that low hospital volume is not associated with adverse outcomes, commenting that earlier studies that raised concern

about increased neonatal mortality was not supported by the more recent literature. In addition, in 2002 the *Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada*, the *College of Family Physicians of Canada* and the *Society of Rural Physicians of Canada* issued a joint policy statement affirming 'that competency in obstetrical care is not dependent on number of births attended annually'.

- There is no central site to track system capacity, patient flow and transfers.
- There is no formal agreement between centres for coordinating maternal newborn services.
- Hamilton Health Sciences Corporation is the sole tertiary centre within the LHIN supporting level 3 maternal and newborn services for residents of HNHB and as well as neighbouring LHINs.
- Hospitals identify repatriation of babies from Level III to level II nurseries as an issue.
- There is no designated group that is responsible for the coordination of staff education, roll out of programs, best practices and outreach.

The preferred future is characterized by a common philosophical approach and commitment to maternity and newborn care across the HNHB LHIN. Health professionals commit to their full potential to be part of a larger team, providing excellence in maternity care for women and their families in the LHIN. There is a shared responsibility to work with health professionals across the LHIN to bring the appropriate expertise to all areas to meet the needs of women and families in their communities.

Professional morale is high and patient outcomes are improved through agreement and clear understanding of hospital designation. There is consensus where Level 2 hospitals are most appropriately situated and genuine support for Level 1 hospitals to provide appropriate care, *enabling* women to receive the right maternity care in or as close to home as possible.

Communication is timely between sites and is enhanced by the use of technology, shared e-services and electronic health records. This *empowers* physicians and nursing staff at Level 1 and Level 2 sites to make decisions locally about caring for a woman or newborn. The availability of translators throughout the continuum of care is readily available, respecting the diversity of women residing in the HNHB LHIN, *enabling* informed choice and ensuring quality services for all women and families residing in the LHIN.

There is *coordination* among hospital sites so that appropriate maternal and neonatal transfers occur expeditiously, ensuring the appropriate use of tertiary beds and the free flow of patients, better utilizing the capabilities of community hospitals to care for women and newborns.

Standards across professions and between centres are established in terms of where and how to treat certain conditions of babies or mothers. Health professionals are *empowered* to work to their full scope at each birth in facilities that promote inter-professional collaboration, *empowering* women to make real choices about giving birth as close to home as possible.

The preferred state is a health system where maternity care meets the needs of women and families. It is responsive to changes in LHIN demographics, creates a working environment that will attract and invigorate health professions and improves working relationships between obstetricians, midwives, nurses and family physicians.

Through a leadership model, health professionals are *empowered* in terms of educational outreach, policies, best practices, program roll out and shared data analysis. There is a real desire among health professionals across sectors to work together.

CONCLUSION

In the past four years a number of reports have been published alerting health care decision makers about the future of maternity care. While good outcomes are experienced by the majority of women and newborns, there is room to improve. Concern has been raised over the sustainability of the existing maternal and newborn care system. The LHIN has an opportunity to work with maternity and newborn providers within the LHIN to ensure that quality maternal and newborn care is available for women, babies and their families now and in the future.

The future health of our local communities is connected to the way women are cared for during their pregnancy and the way babies come into the world. Planning for maternity care now is an important step to establish an integrated maternal and newborn service moving us toward a model of care that helps keep people well and one that cooperates with other sectors to maximize population health.

ENDNOTES

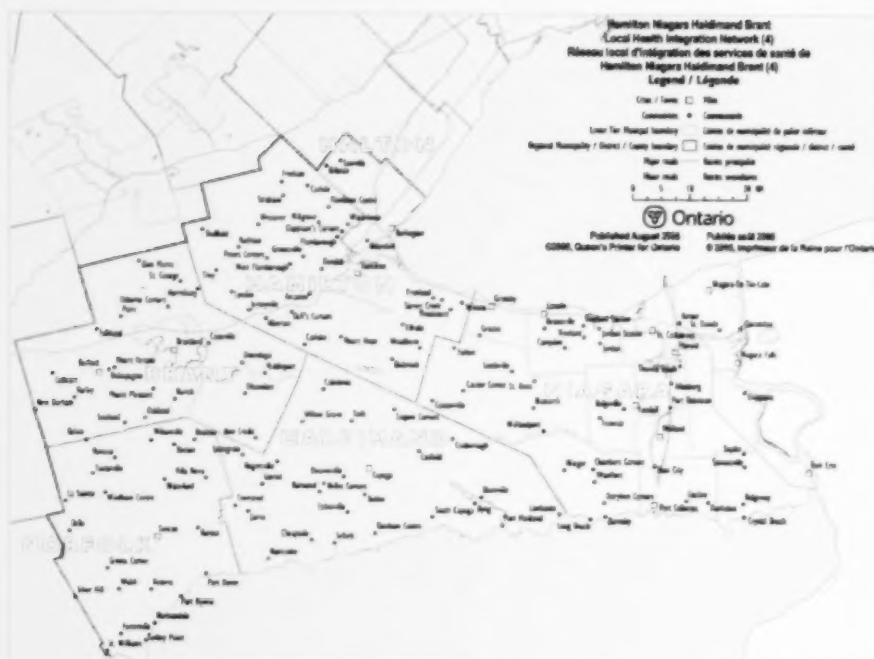
ⁱ Local Health Integration Services Act, 2006.

ⁱⁱ IHSP emerging priorities: patient flow, obstetrics and coordinated chronic disease management strategies.

ⁱⁱⁱ IHSP

^{iv} A guide to effective care in pregnancy and childbirth 3rd ed. Editors: Murray Enkin, Marc JNC Keirse, James Neilson, Caroline Crowther, Lelia Duley, Ellen Hodnett, Justus Hofmeyer. Oxford University Press, Oxford England, 2000.

**Hamilton Niagara Haldimand Brant
LOCAL HEALTH INTEGRATION NETWORK**
**RÉSEAU LOCAL D'INTÉGRATION DES SERVICES DE SANTÉ
de Hamilton Niagara Haldimand Brant**



Contact Us

Telephone:

(905) 945-4930
1 (866) 363-5446

Email:

hamiltonniagarahaldimandbrant@lhins.on.ca

Address:

270 Main Street East
Units 1-6
Grimsby, ON L3M 1P8

Internet Access:

www.hnhblhin.on.ca
www.health.gov.on.ca/lhins/lhins.html

ISBN 978-1-4249-5446-9

Rapport final du Comité directeur des services de santé à la mère et au nouveau-né

Réseau local d'intégration des services de santé de
Hamilton Niagara Haldimand Brant

Septembre 2007



INTRODUCTION	4
RECOMMANDATIONS DU COMITÉ DIRECTEUR.....	6
SITUATION ACTUELLE	8
AVENIR SOUHAITÉ	11
CONCLUSION	13

Annexes:

Annexes du Rapport final du Comité directeur des services de santé à la mère et au nouveau-né

- A. Mandat du comité
 - B. Membres du comité
 - C. Méthodologie
 - D. Examen des publications
 - E. Étude de la situation actuelle
 - F. Régions désignées comme insuffisamment desservies et postes à pourvoir
 - G. Résumé des entretiens avec les intervenants clés
 - H. Anciennes limites géographiques et perspective régionale
 - I. Examineurs secondaires
- Notes en fin de texte

ISBN 978-1-4249-5446-9

Le système de santé de l'Ontario se caractérise par les 14 Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) qui ont été récemment mis en place pour planifier, coordonner et financer les services de santé dans leur région respectiveⁱ. Le RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant (HNHB) comprend les régions de Burlington, Brant, Haldimand, Hamilton, Niagara et une grande partie de Norfolk dans le Sud de l'Ontario. Les services et les organismes de santé qui relèvent du mandat du RLISS comprennent les services de soutien communautaires, les services de santé mentale et de toxicomanie, les centres d'accès aux soins communautaires, les centres de santé communautaires, les maisons de soins de longue durée et les hôpitaux.

En décembre 2006, le RLISS de HNHB a diffusé son premier Plan de services de santé intégrés (PSSI). Parmi les trois nouvelles prioritésⁱⁱ, le plan a identifié les services de santé à la mère et au nouveau-né. Les fournisseurs de services sont inquiets pour l'avenir d'un système de soins à la mère et au nouveau-né – qui soit à la fois durable et de grande qualité – en raison des facteurs suivants : évolution de la démographie, croissance variable de la population, pratiques changeantes en matière de soins à la mère et au nouveau-né, vieillissement de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé, difficultés à recruter et à garder des fournisseurs de services et manque de professionnels de la santéⁱⁱⁱ.

Afin de comprendre les services de santé à la mère et au nouveau-né dans le RLISS de HNHB, le personnel du RLISS a rencontré des fournisseurs de services dans tout le continuum des soins de maternité. L'objectif était de cerner les problèmes ayant une incidence sur la situation actuelle. Ces rencontres ont permis de faire ressortir les difficultés particulières auxquelles sont confrontés les services de santé à la mère et au nouveau-né au sein du RLISS.

Pour déterminer la manière la plus efficace d'organiser les services de santé à la mère et au nouveau-né, le RLISS a invité la D^{re} Karyn Kaufman, alors adjointe au doyen de la Faculté des sciences de la santé et directrice du Programme de formation des sages-femmes, Université McMaster, à présider le Comité directeur des services de santé à la mère et au nouveau-né. La composition des membres du comité directeur a été confirmée en février 2007 (voir les Annexes A, B et C pour plus de détails sur les membres, le mandat et la méthodologie). Le comité avait pour mandat initial de déterminer l'offre, la composition et la répartition appropriées des services de maternité, et de conseiller le RLISS sur des stratégies et des plans de transition en matière de services de maternité.

Afin d'éclairer ses délibérations, le comité directeur a passé en revue des informations provenant de nombreuses sources, notamment des publications sur les stratégies de soins de maternité, des données sur la population, des données administratives et des entretiens avec des intervenants clés (voir l'Annexe G pour plus de détails).

Le comité a constaté que, dans l'ensemble, les résultats concernant les soins à la mère et au nouveau-né étaient semblables aux moyennes provinciales, par exemple à l'égard de l'âge moyen des mères, des interventions médicales et chirurgicales et des taux de réadmission. Le comité a aussi noté qu'en ce qui concerne les ressources humaines en santé, le RLISS fait

face aux mêmes pressions que de nombreuses autres juridictions en raison du vieillissement de la main-d'oeuvre. Les conséquences sont évidentes dans les collectivités où, lorsqu'un médecin prend sa retraite, les femmes sont obligées de se rendre dans des villes avoisinantes pour accoucher.

Étant donné la croissance prévue, au cours des dix prochaines années, du nombre de femmes en âge d'avoir des enfants, le RLISS de HNHB devra réussir à répondre à l'augmentation de la demande de services de maternité près du domicile des femmes, sachant que le système fait déjà face à une baisse du nombre de professionnels de la santé spécialisés dans les services de maternité. Si ces facteurs sont combinés, ils pourraient avoir des répercussions sur la santé des femmes enceintes, des nouveau-nés et de leur famille.

Cette situation est aggravée par les données suivantes concernant certains déterminants de la santé dans le RLISS de HNHB :

- 16,1 % des familles vivent sous le seuil de pauvreté;
- 20 % des familles sont dirigées par une mère seule (les taux les plus élevés sont à Welland, Niagara Falls et Fort Erie);
- Les indicateurs de risque pour la santé (asthme, hypertension, diabète, usage quotidien du tabac, exposition à la fumée secondaire, épisodes de consommation excessive d'alcool et obésité) sont supérieurs aux moyennes provinciales pour les femmes âgées de 12 à 44 ans dans le RLISS de HNHB;
- La diversité de la population des femmes du RLISS de HNHB, comprenant des autochtones, des allophones, des francophones, des immigrantes et des femmes vivant en milieu urbain et rural, crée des difficultés en ce qui concerne l'accès aux services et leur prestation. Pour être efficaces, les services doivent tenir compte des barrières linguistiques, du lieu de résidence, du revenu et des réseaux de soutien des familles sachant que tous ces éléments peuvent avoir une incidence sur les résultats obtenus;
- Une proportion importante des collectivités du RLISS de HNHB manque de médecins, ce qui peut réduire l'accès aux soins prénataux et aux soins de suivi pour les nouveau-nés.

Le comité a dû faire face à un manque de données fiables permettant d'évaluer les services de maternité dans tout le continuum de soins. Il a constaté un manque de coordination dans le RLISS à l'égard de la planification et de la prestation des services de maternité. Le comité a défini plusieurs possibilités d'amélioration au sein du système actuel; leur mise en place permettrait au RLISS de maintenir et d'améliorer la qualité des services de maternité et les résultats pour la santé des femmes et des nouveau-nés. Le comité a conclu qu'un ensemble d'enjeux clés devraient être examinés de manière coordonnée avant de déterminer une formule optimale concernant l'offre, la composition et la répartition des services de maternité.

Les recommandations du comité proposent la mise en place d'étapes clés afin d'appuyer le développement d'une stratégie coordonnée visant à assurer des soins appropriés, équitables et durables à la mère et au nouveau-né.

Le comité a reconnu les efforts continus des experts en soins de maternité qui définissent actuellement de nouvelles structures et des plans de travail pour la région du Centre-Ouest, en vue d'améliorer la qualité des soins et la coordination du système. Les recommandations du

comité directeur ne visent pas à reproduire ou à contrecarrer les travaux entrepris ou planifiés par ce groupe, mais à favoriser des initiatives de collaboration qui bénéficieront au RLISS de HNHB et l'aideront à cibler ses projets. (Consulter l'Annexe H pour voir un aperçu de ces initiatives).

Dans le cadre du présent projet, le RLISS de HNHB a défini la période de continuum des soins à la mère et au nouveau-né depuis la confirmation de la grossesse jusqu'à six semaines après la naissance (pour la mère et le bébé).

RECOMMANDATIONS DU COMITÉ DIRECTEUR

Les recommandations du comité directeur ont porté principalement sur trois domaines : l'organisation des services en ce qui concerne les modèles de soins et d'acheminement des patients, le soutien à la décision (gestion des données) et les ressources humaines en santé. Les recommandations s'adressent, de manière stratégique, à trois groupes de leadership. Le comité s'attend à ce que ces groupes collaborent, selon les besoins, avec les intervenants concernés afin de trouver des solutions pour améliorer la santé.

Recommandations à l'intention des dirigeants locaux

- Que le RLISS forme un groupe d'experts chargés de superviser la mise en place des recommandations du comité directeur. Le travail du groupe d'experts devra être terminé dans une période de 12 mois.

Le groupe d'experts :

- Recommandera la composition des services et des professionnels de la santé nécessaires pour assurer des services prénataux et post-partum de qualité dans chaque collectivité du RLISS.
- Confirmera les critères locaux de désignation des unités de soins de niveau I et II pour les nouveau-nés dans le RLISS de HNHB et les exigences connexes en matière de ressources (humaines, financières et opérationnelles) afin d'assurer ces services aujourd'hui et à l'avenir.
- Déterminera si l'emplacement des sites offrant actuellement des services de niveau I et II est approprié et évaluera les propositions visant à modifier ces sites, en tenant compte à la fois de la nécessité de maintenir l'accès et d'offrir une expertise 24 heures sur 24. Cette évaluation devra comprendre une étude des composantes des soins tertiaires d'obstétrique et néonataux. L'étude sera menée en collaboration avec les partenariats existants en matière de soins périnataux et avec les RLISS avoisinants, étant donné le rôle du centre de soins tertiaires.
- Déterminera les obstacles aux modèles de pratiques basés sur la collaboration, y compris les financements, les politiques et les préférences en matière de pratiques.

- Recommandera un ensemble approprié d'indicateurs de la santé pour la mère et le nouveau-né. Ces indicateurs seront compilés afin de contrôler les résultats pour la santé et l'amélioration du système de santé.
- Fera appel à la participation du public en ce qui concerne la planification continue des services de maternité.

Recommandations à l'intention des dirigeants du RLISS

- Que le RLISS travaille avec les hôpitaux du RLISS de HNHB pour améliorer l'efficacité des transferts des patients entre les sites. Les services hospitaliers à la mère et au nouveau-né devront mettre à jour l'écran périnatal du système Criticalll à 8 h 00 et à 20 h 00. (En cas d'événement important, la mise à jour sera plus fréquente et se fera en fonction des besoins.)
- Que tous les hôpitaux assurant des services de maternité fournissent des données sur ces services dans un format normalisé en se servant de la base de données périnatales NIDAY.
- Que les cabinets de sages-femmes fournissent des données sur les services de maternité dans un format normalisé en se servant de la base de données NIDAY.

Recommandations à l'intention des dirigeants des fournisseurs de services de santé

Que les chefs de la direction des hôpitaux offrant des services de maternité facilitent les actions suivantes :

- Ordonner la création de formulaires de transfert normalisés pour faciliter l'acheminement des patients entre les hôpitaux du RLISS de HNHB. Cela devrait être réalisé dans une période de 3 à 4 mois.
- Créer une politique commune concernant les titres de compétences des sages-femmes afin de maximiser leur contribution au sein de leur cadre de fonctions dans tous les hôpitaux de HNHB et établir un plan pour évaluer la réussite de cette initiative.
- Veiller au perfectionnement professionnel des ressources humaines en santé qui assurent des soins à la mère et au nouveau-né. Ce perfectionnement, qui s'adresserait particulièrement au personnel existant, permettrait d'accroître ses connaissances ou de transférer des travailleurs dans le secteur des soins de maternité.
- Encourager la participation du personnel à des programmes de mentorat d'étudiants et reconnaître sa contribution à cet égard.

Les recommandations du comité s'appuient sur ses constatations à l'égard de la situation actuelle. Les principales constatations sont indiquées ci-après. Le rapport en annexe présente celles-ci au complet. Dans le cadre de la présente initiative de planification, on a établi que les femmes en âge d'avoir des enfants avaient entre 15 et 44 ans.

Les femmes et les nouveau-nés

Constatations du comité :

- En 2006, le RLISS comptait au total 698 280 femmes. Les femmes en âge d'avoir des enfants représentaient 40 % de ce total.
- 50 % des femmes autochtones vivant en milieu urbain sont en âge d'avoir des enfants.
- L'âge moyen des femmes qui accouchent dans le RLISS de HNHB est 28 ans. Le nombre de naissances est resté relativement constant, soit entre 13 000 et 13 500 dans le RLISS de HNHB, depuis 1999.
- Selon les projections démographiques, le nombre de femmes ayant entre 15 et 44 ans devrait augmenter de 6 800 au cours des 10 prochaines années, la plus forte croissance étant dans le groupe des 25-35 ans.
- Les accouchements de résidentes des RLISS environnants représentent 5 % des naissances dans le RLISS de HNHB.
- Les déterminants sociaux en matière de santé et les vulnérabilités liées au sexe créent des barrières supplémentaires en ce qui concerne l'accès à des soins prénataux en temps approprié.
- La disponibilité des services prénataux et postnatals varie au sein du RLISS. Bien que les répercussions précises de cette variabilité sur les résultats pour la santé de la mère et du nouveau-né soient inconnues, des études sur les soins de maternité démontrent les effets bénéfiques d'un accès adéquat et de soins de soutien appropriés^{iv}. Il existe donc de bonnes raisons d'améliorer les services actuels.
- Le taux de grossesse chez les adolescentes a baissé de 1 % dans le RLISS depuis 1996. Cependant, les données sur la santé publique indiquent que, dans la région de Niagara, le taux de grossesse chez les adolescentes a augmenté.
- Les taux d'intervention chirurgicale et médicale pendant l'accouchement augmentent comme les moyennes provinciales.
- Le taux de naissances prématurées dans le RLISS de HNHB (10,2 %) est plus élevé que la moyenne provinciale (8,1 %) et a des répercussions sur le niveau de soins requis par les femmes et leur nouveau-né. Ce taux plus élevé pourrait être lié au nombre de cas de naissances multiples qui sont aiguillés vers le centre régional de soins tertiaires.

Fournisseurs

Constatations du comité :

- Il n'existe pas de données fiables sur le recours aux soins prénataux et leur incidence sur les résultats pour la santé.
- Seize collectivités sont désignées par le MSSLD comme insuffisamment desservies car elles manquent de médecins, ce qui limite les soins prénataux et post-partum offerts aux femmes et aux bébés.
- Le nombre de médecins de famille dans le RLISS qui assurent des soins obstétricaux complets est en baisse. De ce fait, la charge de travail des obstétriciens augmente et ils sont moins disponibles pour assurer des consultations avec les fournisseurs de soins primaires.
- Les petits hôpitaux disent avoir de la difficulté à recruter des médecins de famille pour pratiquer des accouchements.
- L'âge moyen des professionnels de la santé dans le RLISS de HNHB est le suivant : 49,4 ans pour les obstétriciens (45,6 pour les femmes et 53,3 pour les hommes); 47,4 ans pour les médecins de famille (45,7 pour les femmes et 55,1 pour les hommes) et 45,6 ans pour les infirmières.
- En 2005-2006, 98 % de toutes les naissances dans le RLISS se sont déroulées dans des hôpitaux du RLISS (13 346 naissances).
- Dans le RLISS de HNHB, 82 % des naissances se sont déroulées en présence d'un obstétricien, 12 % en présence d'un médecin de famille et 4,8 % en présence de sages-femmes.
- Les obstétriciens étaient présents dans la majorité (75 %) des naissances normales par accouchement vaginal dans les hôpitaux du RLISS, à l'exception de l'hôpital West Lincoln Memorial où la majorité des naissances se déroulent en présence d'un médecin de famille.
- Le cadre des fonctions des sages-femmes est limité par certains hôpitaux du RLISS; cela a des conséquences sur les soins que les femmes choisissent de recevoir et sur le rôle et la contribution des sages-femmes.
- Les modèles de collaboration intéressent les fournisseurs, mais la mise en place de nouveaux modèles est difficile en raison des ententes actuelles de financement et des préoccupations concernant la responsabilité partagée.

Institutions et organisation des services

Constatations du comité :

- L'accès aux soins de maternité primaires et aux services spécialisés n'est pas uniforme dans le RLISS.
- Le MSSLD n'est pas officiellement chargé de désigner la capacité des services; il est donc difficile de connaître, à l'échelle du système, le niveau des services spécialisés offerts dans des établissements donnés.
- Les services de maternité sont assurés dans dix sites hospitaliers du RLISS. Selon l'auto-désignation de ces hôpitaux, cinq offrent des soins de niveau I, quatre des soins

de niveau II et un est désigné comme centre régional de soins tertiaires (niveau III). (Remarque : l'hôpital Haldimand War Memorial continuera à offrir des services de maternité et d'accouchement à condition de pouvoir recruter un médecin ayant l'expertise requise).

- En 2005-2006, le nombre de naissances signalées par les hôpitaux a varié de 72 à 3 482 par an.
- Le comité a constaté, dans les études publiées, une augmentation de la tendance vers des modèles de collaboration qui appuient des centres et des fournisseurs pratiquant un faible volume d'accouchements. L'OMCEP a indiqué que, selon des preuves provenant de publications récentes, le faible volume d'accouchements dans les hôpitaux n'est pas lié à des résultats négatifs, précisant que les études antérieures ayant soulevé des préoccupations quant à l'augmentation de la mortalité néonatale n'étaient pas appuyées par les données des publications les plus récentes. En outre, en 2002, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, le Collège des médecins de famille du Canada et la Société de la médecine rurale du Canada ont publié une déclaration de politique conjointe affirmant que « la compétence en matière de soins obstétricaux ne dépend pas du nombre d'accouchements pratiqués chaque année ».
- Il n'existe pas de site central pour suivre la capacité du système, l'acheminement des patients et les transferts de patients.
- Il n'existe pas, entre les centres, d'ententes officielles concernant la coordination des services à la mère et au nouveau-né.
- Hamilton Health Sciences Corporation est le seul centre de soins tertiaires dans le RLISS qui offre des services de niveau 3 à la mère et au nouveau-né pour les résidentes de HNHB et des RLISS environnants.
- Le rapatriement des bébés, des pouponnières de niveau III aux pouponnières de niveau II, représente une difficulté pour les hôpitaux.
- Aucun groupe désigné n'est responsable de la coordination de la formation du personnel, de la mise en place des programmes, des meilleures pratiques et des initiatives d'extension des services.

L'avenir souhaité est caractérisé par une approche philosophique commune et un engagement envers les soins à la mère et au nouveau-né dans tout le RLISS de HNHB. Les professionnels de la santé mettent toutes leurs compétences au service d'une plus grande équipe qui assure d'excellents soins de maternité aux femmes du RLISS et à leur famille. Grâce à un souci de responsabilité partagée concernant le travail avec les professionnels de la santé de tout le RLISS, tous les secteurs disposent de l'expertise appropriée afin de répondre aux besoins des femmes et des familles dans leurs collectivités.

Le moral des professionnels de la santé est élevé et les résultats pour les patients sont améliorés grâce à des ententes et à une compréhension claire de la désignation des hôpitaux. Il existe un consensus en ce qui concerne l'emplacement le plus approprié des hôpitaux de niveau 2. Les hôpitaux de niveau 1 bénéficient d'un véritable soutien afin d'assurer des soins appropriés, ce qui *permet* aux femmes de recevoir des soins de maternité adéquats à domicile ou le plus près possible de leur lieu de résidence.

La *communication* entre les sites hospitaliers a lieu en temps utile et est améliorée grâce à l'utilisation de la technologie, des services électroniques partagés et des dossiers médicaux électroniques. Ainsi, les médecins et le personnel infirmier des sites hospitaliers de niveau 1 et de niveau 2 sont *en mesure* de prendre localement des décisions concernant les soins à la mère ou au nouveau-né. Les services d'interprète sont facilement accessibles dans tout le continuum de soins; ils tiennent compte de la diversité des résidentes du RLISS de HNHB, *permettent* des choix éclairés et contribuent à assurer des services de qualité à toutes les femmes et familles résidant dans le RLISS.

Grâce à une *coordination* entre les sites hospitaliers, les transferts nécessaires de patientes ou de nouveau-nés se font rapidement, ce qui permet une utilisation appropriée des lits pour soins tertiaires et un bon acheminement des patients. Ainsi, on utilise mieux les capacités des hôpitaux communautaires à assurer des soins aux femmes et aux nouveau-nés.

Il existe des *normes* entre les professions et les centres, en ce qui concerne le lieu et la manière de traiter certaines affections des bébés ou des mères. Les professionnels de la santé sont *habilités* à utiliser toutes leurs compétences à chaque naissance, dans des établissements qui favorisent la collaboration interprofessionnelle. Les femmes *peuvent* ainsi faire de vrais choix en ce qui concerne la possibilité d'accoucher le plus près possible de leur domicile.

Le système de santé souhaité est un système dans lequel les soins de maternité répondent aux besoins des femmes et de leurs familles. Le système s'adapte aux changements démographiques dans le RLISS, crée un milieu de travail qui attire et dynamise les professionnels de la santé, et améliore les relations de travail entre les obstétriciens, les sages-femmes, les infirmières et les médecins de famille.

Grâce à un modèle de leadership, les professionnels de la santé ont les *moyens d'agir* en ce qui concerne l'extension des programmes de formation, les politiques, les meilleures pratiques,

la mise en œuvre de programmes et l'analyse de données partagées. Dans tous les secteurs, les professionnels de la santé ont un réel désir de travailler ensemble.

Au cours des quatre dernières années, plusieurs rapports ont alerté les décideurs du système de santé au sujet de l'avenir des soins de maternité. Bien que les résultats soient bons pour la majorité des femmes et des nouveau-nés, il y a encore des progrès à faire. Des préoccupations ont été soulevées en ce qui concerne la pérennité du système actuel de soins à la mère et au nouveau-né. Le RLISS a une occasion de travailler avec les fournisseurs locaux de services de soins de maternité pour assurer des soins de qualité aux femmes, aux bébés et à leur famille aujourd'hui et à l'avenir.

La future santé de nos collectivités locales est liée à la manière dont on prend soin des femmes pendant leur grossesse et des bébés à leur naissance. La planification dès maintenant des soins de maternité est une étape essentielle afin d'établir un service intégré de soins à la mère et au nouveau-né. Cette planification nous permettra d'aller vers un modèle de soins qui aide les gens à rester en bonne santé et favorise la collaboration avec les autres secteurs pour que la population soit en meilleure santé possible.

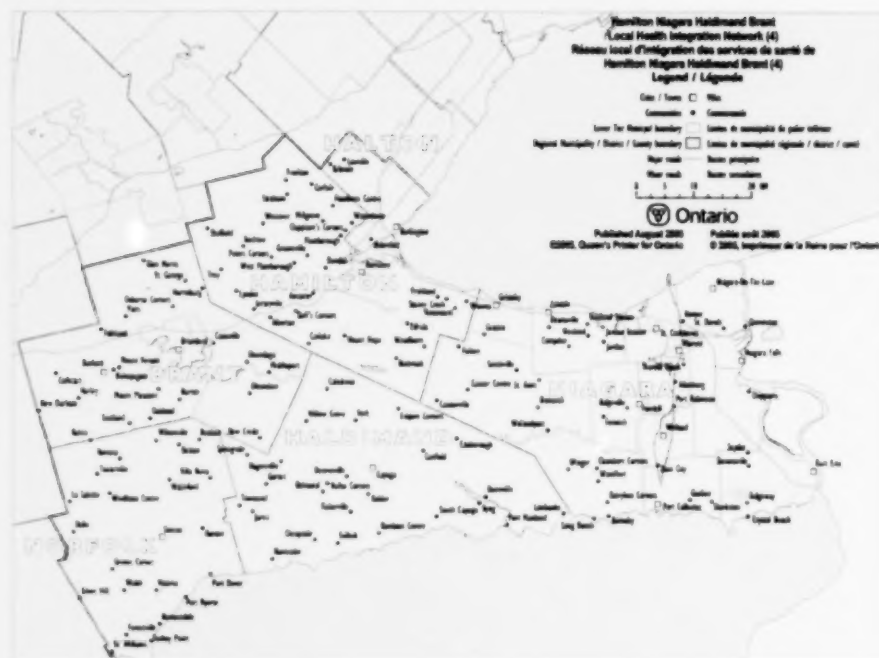
ⁱ *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*

ⁱⁱ Nouvelles priorités du PSSI : acheminement des patients, obstétrique et stratégies coordonnées de gestion des maladies chroniques

ⁱⁱⁱ PSSI

^{iv} *A guide to effective care in pregnancy and childbirth 3rd ed.* Editors: Murray Enkin, Marc JNC Keirse, James Neilson, Caroline Crowther, Lelia Duley, Ellen Hodnett, Justus Hofmeyer. Oxford University Press, Oxford Engalnd, 2000.

RÉSEAU LOCAL D'INTÉGRATION DES SERVICES DE SANTÉ
de Hamilton Niagara Haldimand Brant



Téléphone:

(905) 945-4930
1 (866) 363-5446

Adresse électronique :

hamiltonniagarahaldimandbrant@lhins.on.ca

Adresse:

270, rue Main Est
Unités 1 à 6
Grimsby, ON L3M 1P8

Internet Access:

www.hnhblhin.on.ca
www.health.gov.on.ca/lhins/lhins.html

ISBN 978-1-4249-5446-9

